

1. NO. DE CONTROL (Para Uso Agencia Solamente)	Información Individual	OMB Control No.: 1205-0371
3. NOMBRE/DIRECCION PATRONO:		2. FECHA EN QUE FORMA FUE RECIBIDA: (Para Uso Agencia Solamente)
7. SU NOMBRE (Apellido, Nombre, Inicial)	4. NUMERO ID DEL PATRONO: 6. Ha trabajado anteriormente para este patrono? Si ____ No ____	5. FECHA COMENZO EMPLEO: Salario: \$ _____ por hora OCUPACION:
Se ha determinado que este individuo posee los siguientes requisitos para Certificacion dentro de los grupos bajo el programa WOTC		8. NUMERO SEGURO SOCIAL:

9. Edad entre 16 - 25? Si ____ No ____ Si contesta "Si" indique "Fecha de Nacimiento" Fecha de Nacimiento:	10. Soy veterano y miembro de una familia que recibio Cupones de Alimentos por un periodo de 3 meses en los ultimos 15 meses. Si ____ No ____ Si contesta "Si" complete encasillado no. 17.	11. Soy miembro de una familia que recibio beneficios AFDC (TANF) durante 9 meses en los ultimos 18 meses. Si ____ No ____ Si contesta "Si" complete encasillado no. 17.
12. Soy miembro de una familia que recibio Cupones de Alimentos durante los ultimos 6 meses. Si ____ No ____ o Por lo menos durante un periodo de 3 meses en los ultimos 5 meses, PERO ya no los recibo. Si ____ No ____ Si contesta "Si" complete encasillado no. 17.	13. En el pasado año he sido convicto for un delito o sali libre de la prision despues de ser convicto por un delito. Si ____ No ____ Si contesto "Si", complete lo siguiente: Fecha de Conviccion _____ Fecha Libertad _____ Ingreso Total durante los ultimos 6 meses por todos los familiares viviendo en la misma casa. Ingreso Total: _____ (Si no tuvo ingresos, escriba 0 arriba) No. de familiares viviendo en la misma casa durante los ultimos 6 meses, incluyendolo a Ud: _____	14. Vivo y pienso continuar viviendo en una Zona o Comunidad Federal Clasificada Empowerment Zone, Enterprise Community, Renewal Community. Si ____ No ____ Nota: No Aplica en Puerto Rico o Islas Virgenes.
15. Estoy recibiendo o he recibido Servicios de Rehabilitacion atraves de una agencia estatal de Servicios de Rehabilitacion Vocacional o de la Administracion de Veteranos. Si ____ No ____		16. Recibi beneficios de " Supplemental Security Income (SSI) " durante cualquier mes en los ultimos 60 dias. Si ____ No ____ 17. Si Usted no es el principal beneficiario de estos servicios/ayuda Federal, por favor indique la siguiente informacion: _____ Nombre del Beneficiario Principal _____ Pueblo Donde Recibe Beneficios

Para ser completada por individuos que comenzaron a trabajar despues de Diciembre 31, 1997, bajo the Welfare-to-Work Tax Credit solamente.

18. Soy miembro de una familia que:

- recibio pagos de AFDC o TANF durante los ultimos 18 meses consecutivos; Si ____ No ____ o
- comenzo a recibir pagos de AFDC or TANF durante cualquier periodo de 18 meses comenzando despues de Agosto 5, 1997; y este periodo de 18 meses termino en los ultimos 2 años Si ____ No ____ o
- Dejo de ser elegible para recibir pagos de AFDC or TANF despues de Aug. 5, 1997, en los ultimos 2 años porque que una ley Federal o statal limito el tiempo maximo para recibir esta ayuda. Si ____ No ____

19. FUENTES DE INFORMACION/DOCUMENTOS PARA ESTABLECER ELEGIBILIDAD:

Note: Certifico que esta informacion is correcta de acuerdo a mis facultades. Entiendo que dicha informacion esta sujeta a ser verificada. **La persona que completo este cuestionario/forma debe firmar su nombre en el encasillado no. 20 y fechar esta forma en el encasillado no. 21.**

20. FIRMA:	21. FECHA:
------------	------------

MENSAJE PARA EMPLEADOS O PERSONAS EN BUSCA DE TRABAJO:

La informacion y documentos/papeles que nos has facilitado al llenar esta forma para poder establecer/verificar que has recibido beneficios que te hacen elegible para uno de los 9 distintos grupos bajo el programa WOTC y/o el grupo bajo el Credito Contributivo WtW sera sometida a la Oficina Estatal de Empleo (escribe aqui nombre de la oficina y direccion (pueblo o ciudad donde se encuentra) _____

para que el patrono que te de trabajo pueda reclamar un credito contributivo sobre el salario que te pague durante el primer año. El facilitar informacion sobre beneficios que recibes o has recibido de asistencia publica, ect., es voluntario. Si la informacion que has sometido es acerca de un miembro de tu familia debes facilitarle una copia de esta notificacion a ellos.